

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

No 286

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement de la Coxalgie

ET DU MAL DE POTT

Par **Maurice ROBIN**

Né à Brain-sur-l'Anthiron, le 27 septembre 1883

Président : M. A. ROBIN, professeur.

PARIS (VI^e)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

4, Rue Casimir-Delavigne, et Rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

286

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N^o

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement de la Coxalgie

ET DU MAL DE POTT

Par **Maurice ROBIN**

Né à Brain-sur-l'Anthron, le 27 septembre 1883



Président : M. A. ROBIN, professeur.

PARIS (VI^e)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

4, Rue Casimir-Delavigne, et Rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDEL
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ PIERREDEL BET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DES-
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Témoignage de profonde affection
et de sincère reconnaissance.*

A MES FRÈRES

A MES AMIS



A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBIN

Professeur de Clinique thérapeutique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA COXALGIE

Il est deux formes de tuberculoses externes qui présentent des caractères si particuliers et dont la fréquence et la gravité sont telles que, malgré les nombreuses publications qu'elles ont suscitées dans la littérature médicale, nous croyons que l'étude de ces affections est toujours d'actualité.

On a beaucoup parlé, ces temps derniers, sur la coxalgie en particulier, et tant de choses ont été dites ou écrites sur elle qu'il peut paraître superflu d'y revenir; mais les résultats thérapeutiques sont encore bien médiocres dans nombre de cas, malgré les immenses progrès accomplis et nous croyons que ce sujet peut encore offrir quelque intérêt.

Il y a une quinzaine d'années, on opérait systématiquement les coxalgiques; on curetait les cavités cotyloïdes, on réséquait les têtes fémorales; les suites opératoires étaient le plus souvent déplorables; il se formait presque toujours des fistules interminables qui s'infectaient fréquemment et le malade mourait de dégénérescence viscérale.

Devant les tristes résultats obtenus par les interventions sanglantes on abandonna le bistouri et on se contenta de l'immobilisation dans un appareil plâtré ou sur un cadre

avec extension continue, en se bornant à ponctionner les abcès qui manquaient rarement de se produire.

Par ce traitement on guérit la coxalgie, mais au prix d'une infirmité; ces malades restent presque toujours ankylosés avec un raccourcissement plus ou moins considérable. La plupart des boiteux qu'on rencontre dans le monde sont d'anciens coxalgiques.

Ce raccourcissement s'explique facilement par un court exposé de l'*anatomie pathologique de la coxalgie*.

L'extrémité supérieure du fémur est formée de masses de tissu spongieux qu'entoure une coque très mince de tissu compact; lorsqu'elle se trouve noyée dans les fongosités tuberculeuses, elle se raréfie au bout d'un certain temps, ses contours perdent leur netteté, se festonnent, elle s'effrite et finalement fond comme un véritable morceau de sucre mouillé, suivant l'expression exacte et imagée du Docteur Calot.

Cette fonte peut s'étendre jusqu'à la ligne intertrochantérienne où la couche enveloppante de tissu compact a une épaisseur considérable; elle forme là une lame osseuse très résistante, l'éperon fémoral de Meckel qui résiste au processus tuberculeux; aussi dans les coxalgies datant de plusieurs années, on peut constater, par la radiographie, la destruction de la tête et du col pouvant aller jusqu'à la décollation du fémur qui est réduit alors à l'état de perche osseuse.

Cette évolution de la tuberculose à la hanche a un caractère tout spécial qu'on ne rencontre pas dans la tumeur blanche du genou ou dans celle du cou de pied, où les os gardent habituellement leurs contours.

L'immobilisation et l'extension continue retarderont l'usure du fémur et du plancher cotyloïdien en supprimant la pression au niveau des os ramollis, mais elles ne peuvent enrayer la marche du processus tuberculeux.

Pour juguler le mal, il est indispensable de *s'attaquer à la fongosité* elle-même, de l'anéantir avant qu'elle ait envahi la substance osseuse ou de l'arrêter dans son envahissement.

Les chirurgiens avaient pensé que le moyen le plus certain de lutter contre l'infection était d'en extraire le foyer, et c'est dans ce but qu'on pratiqua le curettage et la résection. Le résultat, nous l'avons dit, ne répondit pas à l'attente, aussi fallut-il chercher une autre solution au problème; c'est alors qu'on expérimenta dans la hanche les **injections modificatrices** qui étaient déjà employées avec succès dans les adénites tuberculeuses et contre les fongosités du genou ou de l'épaule.

On a prétendu que les injections modificatrices seraient plus difficiles à la hanche que dans les autres articulations. Elles y sont certainement plus délicates à employer, mais les expériences faites sur le cadavre ont permis d'établir une *technique* qui donne la certitude de porter dans l'articulation le liquide modificateur.

On repère (1) les épines iliaques antéro-supérieures,

(1) Il est indispensable de bien repérer les épines iliaques; car situées sur un même plan horizontal à l'état normal, elles peuvent, en cas d'attitudes vicieuses, reposer sur un plan plus ou moins oblique et la parallèle passant par les épines pubiennes peut, de ce fait, d'horizontale, devenir très oblique; le point de pénétration dans la hanche se trouve dès lors très modifié.

puis par rapport à ces points on mène une parallèle passant par les épines du pubis. A 2 cm. au-dessous de cette ligne et 1 cm. 1/2 en dehors de la fémorale, qu'on sent facilement battre, on enfonce l'aiguille d'avant en arrière, légèrement inclinée de bas en haut. Si l'on pénétrait perpendiculairement on risquerait de passer sous le col; en donnant cette obliquité on dispose d'un champ plus vaste pour le rencontrer. On arrive ainsi, non le plus souvent, dans l'interligne articulaire, ce qui est très difficile et inutile, mais dans le cul-de-sac synoriel inférieur au niveau de la face antérieure du col. On enfonce l'aiguille jusqu'à ce qu'on sente la résistance osseuse. A ce moment, on fléchit légèrement la cuisse en la portant un peu en abduction; par cette manœuvre la capsule se plisse, à la façon d'un gant de peau quand on ferme la main et vient pour ainsi dire s'embrocher d'elle-même sur l'aiguille; de plus sa capacité se trouve ainsi augmentée et l'injection pénètre plus facilement (1).

Cependant il est à remarquer que dans les cas où l'articulation a été immobilisée dans un appareil plâtré, on peut à coup sûr, quoique un peu moins facilement, porter l'injection dans la cavité synoriale.

Dès que le diagnostic de coxalgie aura été établi par la douleur à la pression sur la tête fémorale, la boiterie plus ou moins accentuée et la limitation des mouvements, principalement de l'abduction on ordonnera immédiatement l'immobilisation, simplement sur un cadre avec extension

(1) Chez les jeunes enfants on a pu voir la cuisse se fléchir d'elle-même par suite de la distension de la capsule articulaire produite par la pénétration du liquide modificateur.

continue (1) de 3 à 4 kilos, si l'affection est à son début, et si le malade est l'objet d'une surveillance très étroite; s'il est indocile, s'il ne peut être suffisamment observé, ou si l'articulation est très douloureuse, (2) ou présente déjà des attitudes vicieuses, on immobilisera le membre en bonne position dans un appareil plâtré.

Le membre sera fixé en rectitude, avec une légère abduction, une très faible hyper-extension et un peu de rotation interne: toutes positions instituées pour prévenir le retour aux mauvaises attitudes.

On doit veiller à ce que les épines iliaques soient bien sur le même plan, et, pour les y amener on tire ou on pousse sur le membre sain maintenu en extension.

S'il y a ensellure, on cherche à la faire disparaître en appuyant énergiquement, avec la paume des mains, au-dessus des épines iliaques pendant la dessiccation du plâtre.

Dans tous les cas, les manœuvres de correction doivent être pratiquées avec une *extrême douceur*, et, si la déformation est assez accentuée, on la corrige *progressivement* soit par des plâtres successifs, soit par une extension continue de 6 à 12 kilos. On évitera ainsi le broiement des fongosités qui expose toujours à la généralisation tuberculeuse.

(1) L'extension continue simple est alors préférable à l'appareil plâtré qui nuit au bon fonctionnement de la peau, atrophie les muscles en les comprimant et les immobilisant et peut faire craindre davantage l'ankylose.

(2) L'immobilisation dans le plâtre fait rapidement cesser les douleurs dans la majorité des cas.

Si la coxalgie se complique d'abcès (1), il est préférable de le tarir en le traitant par des ponctions et des injections modificatrices avant de mettre un appareil, car le pus comprimé sous le plâtre peut fuser à distance et se localiser en des points difficilement décelables.

Lorsque l'abcès s'accompagne de fièvre persistante, on est autorisé, après 2 à 3 jours d'attente, à drainer cette collection purulente, mais sans toutefois pratiquer ni curetage, ni résection si minimes soient-ils.

En tout cas, que l'on traite le malade par l'immobilisation dans un appareil plâtré ou l'extension continue simple, on doit commencer aussitôt les injections intra-articulaires. On en fait en moyenne une série de douze de 5 cm³ chacune, renouvelées toutes les semaines, puis on met des pansements ouatés légèrement compressifs.

A partir de ce moment, le malade garde encore le repos absolu pendant 5 à 6 mois.

Au bout de ce temps on procède à un examen minutieux de l'articulation pour s'assurer qu'il ne persiste aucun point douloureux. Si, alors, la pression au niveau de la tête du fémur est absolument indolore, on peut accorder une immobilisation moins absolue, à condition que l'enfant ne soit pas trop abandonné à lui-même et que le membre soit en bonne attitude. Les mouvements reviendront peu à peu sans qu'on ait encore le droit de rien faire pour les provoquer.

Chez les enfants trop peu surveillés il faudra laisser

(1) On arrive, le plus souvent, à guérir un abcès de coxalgie, dans 2 à 4 mois.

plus longtemps l'appareil plâtré. L'ankylose sera ensuite plus persistante, mais *ce qui importe avant tout*, c'est d'éviter le réveil du foyer tuberculeux par des mouvements trop précoces et de conserver la bonne attitude du membre.

Le malade restera couché encore 4 à 5 mois, puis, si tout s'est bien passé, on lui permettra de se lever. Mais on soutiendra encore la cuisse au moyen d'un petit appareil plâtré s'arrêtant au genou, ou mieux d'un appareil en celluloïd. Il faut, en effet, laisser un tuteur à ce membre dont les os ont été décalcifiés par l'infection tuberculeuse, jusqu'à ce qu'ils aient recouvré leur solidité première.

L'enfant mis debout, y restera d'abord pendant 5 minutes 2 à 3 fois par jour, puis on augmentera le nombre et la durée des séances; ce sera bientôt toutes les heures qu'on lui permettra de se lever. Après une dizaine de jours il commencera à faire quelques pas, soutenu par les aisselles. Au bout d'un mois il pourra marcher en s'appuyant sur deux longues (1) cannes. Vers le quatrième mois, il ne se servira plus que d'une canne ordinaire tenue du côté opposé à l'articulation malade.

A ce moment on pourra enlever l'appareil pendant la nuit. La durée des séances de marche sera augmentée progressivement et 10 à 12 mois après sa mise sur pied l'en-

(1) On doit toujours préférer les longues cannes aux béquilles, car elles ont sur celles-ci l'avantage de ne pas déformer les épaules du sujet, de ne lui faire prendre que de bonnes habitudes et de ne pas gêner les mouvements respiratoires en nuisant à l'amplication thoracique.

fant sera livré à lui-même débarrassé définitivement de son celluloïd.

Au moment où le malade commence à marcher, il est bon d'exciter la vitalité des muscles par des massages très légers et *ne portant pas sur la région articulaire*.

Il ne faut pas chercher, même alors, à favoriser le retour des mouvements par des séances de mobilisation active. *Le meilleur moyen d'obtenir la guérison intégrale est de ne rien faire pour les provoquer*; ils se rétabliront d'eux-mêmes.

Nous avons beaucoup insisté sur toutes ces précautions, car on ne doit pas oublier que l'enfant n'est encore que *convalescent* et doit être, pendant tout ce temps, l'objet d'une étroite surveillance. Au moindre réveil de la douleur, il sera aussitôt immobilisé et si la douleur persiste au point de faire craindre une rechute, on recommencera une nouvelle série d'injections. Ce n'est qu'après un laps de temps qui varie, suivant la gravité des cas de 18 à 30 mois après le début du traitement que l'enfant pourra être considéré comme parfaitement guéri.

Grâce à *l'immobilisation* et aux *injections modificatrices intra-articulaires*, les fongosités tuberculeuses sont assez sûrement détruites, la fonte osseuse est empêchée ou arrêtée, l'abcès évité le plus souvent et la guérison plus rapide et complète; c'est-à-dire sans raccourcissement et avec conservation des mouvements, si la coxalgie a été traitée assez tôt.

Nous en avons recueilli de nombreuses observations dont nous publions quelques-unes ici.

OBSERVATION I

D., garçon, 12 ans. Hôpital de l'Oise, Berck.

Coxalgie droite datant de 8 mois.

A son arrivée, le malade boîte légèrement. La pression sur la tête du fémur est très douloureuse. Les mouvements d'abduction sont limités.

Pas de mauvaise attitude. Pas de raccourcissement. On traite le malade par l'immobilisation et l'extension continue (3 kilos). On ne met pas d'appareil plâtré.

On fait dans la hanche une série de 15 injections d'huile, iodoformée-créosotée, à raison de une tous les 6 jours. Ce traitement dure 3 mois.

A ce moment, l'enfant n'accuse plus aucune douleur à la pression sur la tête fémorale. On le garde encore couché pendant 6 mois, avec des pansements ouatés légèrement compressifs.

Puis on pose un appareil plâtré et on commence à mettre le malade debout.

Actuellement l'enfant marche depuis 6 mois. Aucune douleur n'est revenue. La position du membre est normale, pas de raccourcissement. *Tous les mouvements sont conservés.*

OBSERVATION II

R., garçon, 10 ans, hôpital de l'Oise, Berck.

Coxalgie gauche remontant à 6 mois.

Légère claudication. Douleur à la pression de la tête du fémur, Mouvements d'abduction presque nuls.

Pas de mauvaise attitude. Pas de raccourcissement.

Traitement: Extension continue, pas d'appareil plâtré, série de 12 injections d'huile composée.

Après 8 mois d'immobilisation, le malade commence à marcher, avec un appareil en celluloïd; aucune douleur ne réapparaît.

L'enfant n'a gardé son appareil que pendant 5 mois.

Actuellement, il marche depuis 10 mois.

Pas de raccourcissement. Bonne attitude du membre.

Tous les mouvements sont conservés. L'abduction est complète.

OBSERVATION III

C., jeune fille, 18 ans, Paris.

Coxalgie droite datant de 15 mois.

Douleurs très vives à la hanche.

Marche pénible, avec légère claudication.

Abduction limitée et légère flexion.

A son arrivée à Berck, la malade est immobilisée sur un cadre avec extension continue de 4 kilos.

Série de 12 injections d'huile créosotée-iodoformée, on ne met pas d'appareil plâtre.

Dix mois après le début du traitement, la malade est mise sur pied avec un appareil en celluloïd.

Actuellement, il y a 8 mois que la malade marche; depuis 2 mois elle n'a plus d'appareil.

La hanche est normale. *Tous les mouvements sont conservés* et ne réveillent aucune douleur. Pas de raccourcissement.

OBSERVATION IV

X., garçon, 10 ans et demi, Paris.

Coxalgie gauche dont le début remonte à 6 ans.

Il y a 3 ans, formation d'un abcès qui a été ouvert. Il per-

sisté une fistule qui existe encore lorsque le malade vient à Berek, 3 mois après l'opération.

A ce moment, l'enfant est très amaigri.

Ressent de vives douleurs dans la hanche.

La peau est épaissie, glisse mal sur les tissus sous-jacents.

La cuisse est en abduction avec rotation interne; on constate un allongement apparent de 4 cm. L'abduction est impossible.

A la radiographie on voit que la tuberculose a détruit presque un tiers de l'épaisseur du col fémoral; le contour de la tête est irrégulier.

On immobilise le malade sur un cadre avec extension continue de 4 kilos.

Au bout de 3 mois, la fistule se ferme.

A ce moment, on met un grand appareil plâtré jusqu'aux or-teils. On ouvre une fenêtre au niveau de l'articulation coxo-fémorale et on commence les injections intra-articulaires.

On en fait une série de 14.

Depuis la pose de l'appareil plâtré l'enfant n'a jamais souffert spontanément. Les douleurs à la pression de la tête fémorale sont disparues après la série d'injections.

On garde le malade immobile pendant un an.

L'état général s'améliore rapidement.

On met alors un appareil en celluloïd et on permet à l'enfant de se lever.

Une radiographie prise à ce moment, montre que les contours du col et de la tête du fémur, sont à peu près réguliers.

Sous l'influence des massages les mouvements reviennent peu à peu.

Actuellement l'enfant marche depuis 5 mois.

Le membre est en bonne attitude; *tous les mouvements sont conservés*; — il n'existe pas de raccourcissement. La santé générale de l'enfant est parfaite.

OBSERVATION V

H. C., garçon, 10 ans, Paris.

Coxalgie droite datant de 3 mois.

Légère claudication. Douleur à la pression sur la tête du tumeur.

Mouvements d'abduction de la cuisse légèrement limités.

La radiographie montre que le pourtour de la tête fémorale est plus pénétrable aux rayons X qu'à l'état normal.

L'enfant est amaigri.

Immobilisation sur un cadre, avec extension continue de 4 kilos; pas de plâtre.

Série de 12 injections intra-articulaires.

Après les injections qui durent 3 mois environ, on conserve l'immobilisation pendant 6 mois.

L'enfant ne souffre plus à la pression de la tête fémorale.

Il présente un bon état général; il a beaucoup engraisé. On met un celluloïd et on permet la station debout. Actuellement, le malade se lève depuis un mois, on le met sur pied 5 fois par jour, 10 minutes à chaque fois. Il marche en s'appuyant sur deux longues cannes.

Il ne ressent aucune douleur.

Tous les mouvements sont conservés; il n'y a pas de raccourcissement.

Une radiographie récente permet de constater que l'articulation est normale.

On lui laissera son celluloïd 6 à 8 mois encore.

A ce moment il pourra être considéré comme tout à fait guéri.

On pourra **objecter** qu'on a vu des coxalgiques guéris sans tare par l'immobilisation simple, sans le concours des injections. C'est là un fait d'observation que personne

ne songe à discuter. Il y a des exceptions heureuses, d'essence bénigne, où les lésions seulement synoviales épargnent la substance osseuse; mais, comment savoir quels sont les cas qui peuvent guérir sans destruction ultérieure. On a vu des coxalgies d'allure bénigne, ne présentant que très peu de lésions à la radiographie, immobilisées dès le début, laisser derrière elles des ankyloses et des raccourcissements. Nous en apportons ici quelques observations.

OBSERVATION VI

M. L. ., garçon, 11 ans, hôpital de l'Oise, Berck.

Coxalgie gauche datant de 10 mois.

Depuis 9 mois, le malade était traité chez lui par l'immobilisation et l'extension continue, *sans injections intra-articulaires*.

A son arrivée à Berck, le foyer tuberculeux est éteint, l'enfant ne souffre plus, mais on constate un *raccourcissement* de 5 cm. et tous les *mouvements* de la hanche sont *très limités*.

Et cependant ce malade a été immobilisé de bonne heure: un mois après le début de l'affection.

OBSERVATION VII

M. A., fille, 7 ans, hôpital de l'Oise, Berck.

Malade atteinte de coxalgie gauche.

Avant son arrivée à Berck, elle a été soignée pendant 3 ans par l'immobilisation dans un grand appareil plâtré comprenant tout le membre, et le repos allongé, mais elle *n'a pas vu d'injections intra-articulaires*.

Au bout de ce temps, le foyer n'est pas encore éteint. L'en-

fant souffre à la pression sur la tête fémorale; l'état général est mauvais.

On constate un raccourcissement de 4 centimètres et une *ankylose, presque complète de la hanche.*

On continue l'immobilisation et on fait une série de 12 injections.

Actuellement, les injections sont terminées; depuis 3 mois, le foyer est éteint.

Il n'existe plus aucune douleur à la pression sur la tête du fémur.

La malade est donc en bonne voie de guérison, mais elle boîtera et l'ankylose persistera presque complète.

OBSERVATION VIII.

M. B., fille, 7 ans et demi, Rethel.

Coxalgie droite datant de 4 ans et demi.

Depuis 4 ans, la malade était traitée chez elle par l'immobilisation dans un grand appareil plâtré et le repos allongé, *mais sans injections.*

Au bout de ce temps, l'enfant souffre encore à la pression sur la tête du fémur; l'état général n'est pas bon. On l'amène à Berck.

On constate un raccourcissement de 5 centimètres.

L'articulation de la hanche est ankylosée.

On continue l'immobilisation et on fait une série de 12 injections.

Actuellement, la malade est en traitement à l'Institut du Docteur Calot, depuis 6 mois.

Le foyer tuberculeux est éteint.

L'état général est bon.

Mais le raccourcissement persistera évidemment et la hanche restera ankylosée presque complètement.

On est donc en droit de conclure qu'on ne peut assurer d'une façon certaine qu'une coxalgie même immobilisée au début guérira sans usure de l'os et sans ankylose, et que, par conséquent on doit dans tous les cas faire des injections intra-articulaires.

A la méthode des injections on a encore objecté que, dès le début de la coxalgie, le foyer tuberculeux étant osseux, il ne peut être atteint par le liquide modificateur.

Le début osseux n'est pas admis par tous les auteurs et il n'existe certainement pas toujours. De plus, quand le foyer a son origine dans l'os, il est parfois situé si près de l'articulation qu'il peut être influencé par le liquide. Dans les cas où un foyer est situé plus profondément, il continue à évoluer malgré les injections et ne s'ouvre que plus tard dans la cavité articulaire. A ce moment on assiste au réveil de l'affection qu'on a pu prendre à tort pour une rechute. On recommence alors une série nouvelle d'injections pour éteindre ce nouveau foyer. La guérison sera retardée.

Dès lors, après avoir prétendu, il ya quelques quinze ans que la coxalgie ne guérissait jamais, on peut affirmer aujourd'hui qu'elle guérit presque toujours et d'une façon intégrale.

Nous voulons parler, naturellement, de la coxalgie traitée dès son début, car il est bien évident que si le liquide modificateur injecté dans l'articulation peut tuer les fongosités, il ne peut régénérer l'os qui a été rongé.

Dans les cas déjà anciens où la tête et souvent le col du fémur sont en partie détruits, l'injection arrête la marche de la tuberculose; la guérison s'obtient plus rapidement

qu'avec l'immobilisation simple, mais le malade boitera par suite du raccourcissement dû à la destruction osseuse et l'articulation restera le plus souvent ankylosée, comme le montrent ces quelques observations.

OBSERVATION IX

M. B., garçon, 22 ans, Paris.

Coxalgie droite, traitée pendant 18 mois à Paris, par l'immobilisation dans un appareil plâtré et le repos allongé, mais sans injections.

Il s'est formé 3 abcès.

A son arrivée à Berck: Etat général mauvais.

Douleur très vive à la pression sur la tête du fémur.

Ankylose de la hanche. Adduction légère à la cuisse.

Raccourcissement de 5 centimètres.

Gros abcès bombant à la région inféro-externe de la cuisse.

On traite l'abcès par les ponctions et les injections modificatrices. On le tarit en 4 mois.

On met alors un appareil plâtré en corrigeant la mauvaise attitude.

Série de 12 injections intra-articulaires.

Le malade reste immobilisé pendant 14 mois.

A ce moment, il est mis sur pied avec un appareil en celluloïd qu'il va garder pendant 6 mois. Actuellement, la guérison date de 2 ans.

La santé est excellente. Jamais la moindre douleur n'est réapparue. Le raccourcissement est toujours de 5 centimètres et l'ankylose absolument complète.

OBSERVATION X

M. H., 19 ans, Paris.

Ce jeune homme présente, à son arrivée à Berck, une coxalgie droite à forme très grave datant de plusieurs années. Gros abcès.

Ankylose et raccourcissement de 6 centimètres.

Adduction prononcée. Rotation interne.

Etat général très mauvais.

La radiographie montre la tête fémorale en partie détruite, noyée dans les fongosités tuberculeuses.

Le malade est immobilisé sur un cadre avec extension continue pendant le traitement de l'abcès que l'on guérit en 4 à 5 mois.

On corrige alors la mauvaise attitude et on met un appareil plâtré.

Série de 15 injections intra-articulaires.

L'immobilisation est gardée pendant 1 an 1/2.

A ce moment, on met le malade debout, avec un celluloid.

Ankylose complète du membre.

A la radiographie, l'articulation apparaît libérée des fongosités; les contours osseux sont nets. La tête fémorale est détruite de plus d'un tiers.

La malade marche avec son celluloid pendant 6 mois.

Actuellement, la guérison date de 3 ans.

Aucune douleur n'a jamais été ressentie. Le raccourcissement n'a pas augmenté.

Dans quelques cas, on a même pu voir les injections intra-articulaires sauver des parties osseuses qui, d'après la radiographie, semblaient vouées à une nécrose inévitable.

OBSERVATION XI

H. D., 8 ans. Japon.

Coxalgie gauche datant de 3 ans.

Traitée dans son pays par la marche.

A son arrivée à Berck, la malade présente un très mauvais état général; elle ressent de vives douleurs à la pression sur la tête du fémur.

La cuisse est fléchie, en adduction et rotation interne. Abscès énorme.

Aux rayons X, on constate une destruction presque complète de la tête et du col du fémur, qui ne forment plus qu'un flou laissant passer les rayons en grande partie.

On immobilise la malade, sur un cadre avec extension continue pendant le traitement de l'abcès qui est tari en 3 mois.

On met alors un appareil plâtré qui maintient le membre en bonne attitude.

On fait 12 injections dans la hanche.

Trois mois après les injections, on prend une seconde radiographie. On voit dans le flou que faisaient la tête et le col du fémur un *crochet osseux*, une sorte d'éperon sauvé de la nécrose à laquelle il semblait condamné, faisant une tache sombre très nette sur la plaque, suffisant pour s'accrocher au bord supérieur du cotyle et empêcher ainsi la luxation de la hanche.

Actuellement il y a 24 mois que la malade est en traitement à Berck. Depuis 5 mois elle marche avec un appareil en cellul.

Elle a un raccourcissement de 4 cms.

Le membre est en bonne attitude.

Quelques mouvements très limités sont conservés dans l'articulation. L'état général est excellent.

De cette brève étude il ressort que le degré de perfection dans le résultat de ce traitement dépend de la pré-

coité de son emploi et que, par conséquent, il doit être institué dès la manifestation des premiers symptômes de la coxalgie.

DU MAL DE POTT

L'influence heureuse des injections intra-articulaires sur la durée des arthrites tuberculeuses ressort clairement si l'on compare le temps relativement court qu'il faut à une coxalgie pour guérir à celui qu'exige le mal de Pott. La situation de ce dernier dans une région où il serait difficile de pénétrer et dont le voisinage délicat de la moelle épinière rend dangereux l'apport d'un liquide tant soit peu irritant, a fait craindre jusqu'ici l'emploi des injections modificatrices.

Toutefois, pour être plus long, le traitement n'en donnera pas moins de bons résultats dans la plupart des cas dont le début ne remonte pas au-delà de un à deux ans.

Chez les pottiques relativement récents, on aura le plus souvent une guérison parfaite et on assistera à la disparition complète de la gibbosité. Lorsque celle-ci date depuis plus longtemps, on peut quelquefois espérer une amélioration, mais, ordinairement, elle reste rebelle au traitement.

Si l'on peut guérir une gibbosité, il est bien plus facile de l'empêcher de se produire; aussi y a-t-il une importance capitale à faire un *diagnostic très précoce*, avant qu'aucune saillie ne puisse être constatée sur le rachis.

Dès qu'un enfant présente un peu de raideur musculaire dans la région dorsale; dès qu'il éprouve une certaine gêne pour se baisser, pour saisir un objet à terre, il faut explorer avec soin la colonne vertébrale, rechercher si toutes les articulations rachidiennes ont leur souplesse normale et si aucune vertèbre n'est douloureuse à la pression. Pour cela, on ne craindra pas de percuter fortement chaque apophyse épineuse et de secouer vigoureusement le rachis en le saisissant à pleine main à ses différents étages.

Si la douleur siège à la région lombaire et si la concavité que fait normalement l'épine dorsale est remplacée par une surface plane, on est en droit de penser qu'il y a déjà un commencement de gibbosité.

Lorsqu'un malade se plaint dans les bras et dans les jambes de phénomènes douloureux dont la cause n'est pas manifeste, on doit toujours songer à la possibilité d'un mal de Pott au début et il faut examiner avec soin la région dorsale.

OBSERVATION XII

X..., jeune homme, 29 ans, Paris.

Depuis 8 mois, le malade souffrait de *violentes douleurs dans le bras gauche*, qui furent diagnostiquées d'origine rhumatismale et soignées comme telles.

Puis les muscles présentèrent un certain degré d'atrophie; on pensa alors à de la myélite.

Malgré tous les soins qu'on prodigua au malade, son état s'aggravait de jour en jour.

Il se forma à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale et à 3 cm. à gauche de l'apophyse épineuse, un petit abcès qui s'ouvrit et laissa subsister un trajet fistuleux. On n'y attacha pas grande importance.

Le malade vient alors à Berck.

A ce moment, le bras gauche présente un degré notable d'atrophie musculaire. Des douleurs très vives sont ressenties dans tout le membre et l'épaule.

On examine attentivement la colonne vertébrale.

La 2^e et 3^e vertèbre dorsale sont douloureuses à la percussion et forment une petite saillie anormale.

On pose le diagnostic de mal de Pott avec fistule.

On met un corset avec un grand col et on fait de la compression ouatée.

Les douleurs diminuent presque aussitôt et le mieux s'accroît de jour en jour.

Actuellement, le malade est en traitement depuis 6 mois; la fistule est fermée; il ne ressent plus aucune douleur dans le bras qui reprend peu à peu son volume normal.

L'état général est très bon.

OBSERVATION XIII

D. de C., jeune fille, 17 ans.

Depuis 6 mois, la malade souffrait de douleurs violentes dans le membre supérieur droit et principalement dans l'épaule.

De plus, elle présentait une paralysie presque complète du bras. Les mouvements spontanés étaient impossibles; les mouvements provoqués très douloureux.

Température: 37°4 à 38°8.

On avait diagnostiqué un rhumatisme articulaire et la malade avait été traitée dans ce sens, sans aucune amélioration.

Elle vient alors à Berck.

En examinant attentivement sa colonne vertébrale, on remarque une petite saillie au niveau d'une des premières vertèbres dorsales, non douloureuse au toucher, mais le devenant à la percussion et à la succussion.

La radiographie décèle la présence de deux abcès par congestion ayant leur origine de chaque côté de la vertèbre malade et fusant le long de la colonne vertébrale.

Le diagnostic de mal de Pott aussitôt posé, on immobilise la malade sur un cadre avec un corset plâtré à grand col et on commence la compression ouatée.

Quelques jours après, les douleurs ont disparu.

La fièvre n'est pas réapparue.

Actuellement, le traitement est commencé depuis 8 mois. Une radiographie récente permet de constater que les abcès ont disparu.

Les douleurs du bras n'existent plus.

Les mouvements reviennent peu à peu. La malade peut déjà fléchir à angle droit l'avant-bras sur le bras et soulever le coude à quelques centimètres au-dessous du plan de sa gouttière.

L'état général est excellent.

Augmentation notable de poids.

On continue le traitement.

Sitôt le diagnostic établi, il ne faut pas essayer de masquer au malade la gravité de son affection; on doit lui exposer les complications funestes qui peuvent survenir s'il ne se soigne pas, et bien lui persuader qu'il guérira s'il consent à suivre un traitement convenable.

L'immobilisation absolue : tel est le premier conseil à donner au malade.

Cette immobilisation se fera soit sur un cadre, soit dans une gouttière de Bonnet, soit sur une couche quelconque.

plane et dure. Mais si cette condition est indispensable, elle est loin d'être suffisante. On a pu voir, et c'est ce qui a induit en erreur beaucoup de médecins, des pottiques au début, sans gibbosité, guérir par le simple repos absolu, dans le décubitus dorsal, sur un plan résistant; mais on a vu aussi, chez certains d'entre eux immobilisés aux premiers symptômes de l'affection, alors qu'aucune déformation n'était apparente, se développer une gibbosité.

OBSERVATION XIV

P. C. Jeune fille. Vingt ans. Poitiers.

Le médecin de la famille est consulté pour des douleurs en ceinture et une faiblesse générale.

Tous les fortifiants et antinévralgiques restent sans effet.

A un examen plus approfondi, le médecin diagnostique un mal de Pott dorsal au début, *sans gibbosité apparente*. Il immobilise la malade sur une planche, sans corset. Au bout de quelques mois apparaissent des douleurs dans les jambes. Ces douleurs ne tardent pas à devenir intolérables.

Les malléoles droites s'œdématisent. L'œdème gagne peu à peu tout le membre inférieur droit. Puis le membre inférieur gauche enflé à son tour et l'œdème remonte bientôt un peu plus haut que l'ombilic.

La malade est très faible, souffre tellement qu'on ne peut la remuer et qu'elle ne peut même entendre marcher dans sa chambre, tant elle est irritable.

Au bout de plusieurs mois, les œdèmes diminuent un peu, les douleurs sont un peu moins vives. Dès qu'on juge la malade transportable on l'envoie à Berck.

Son médecin n'avait pu, à cause des violentes douleurs qu'elle ressentait au moindre mouvement, examiner le dos depuis sept mois. *Donc, malgré l'immobilisation dans le décubitus dorsal sur un plan résistant, la gibbosité est apparue*, puisque à son dernier examen, sept mois auparavant, le médecin certifie ne pas en avoir trouvé.

Dans la fosse iliaque droite on sent un empâtement dû très probablement à un abcès résorbé, qui avait produit l'œdème des membres inférieurs par compression des veines.

La malade est en traitement à Berck depuis sept mois. On lui a fait, dès son arrivée, un corset plâtré et de la compression ouatée.

Les œdèmes sont complètement disparus.

La gibbosité a diminué de volume.

Il n'existe plus aucune douleur.

L'état général est bon.

OBSERVATION XV

N., garçon, 5 ans. Haute-Loire.

Deux ans et demi avant sa venue à Berck un médecin fait le diagnostic de mal de Pott dorsal (au début sans gibbosité) et *immobilise l'enfant dans une gouttière de Bonnet, sans corset plâtré.*

Le malade ne s'est jamais levé depuis lors et cependant *la gibbosité s'est produite*, car à son arrivée à Berck il en présente une nettement apparente dans la région dorsale.

On met un corset plâtré à l'enfant et on commence la compression ouatée.

En traitement depuis deux mois.

OBSERVATION XVI

P. J., sept ans et demi. Eure.

A l'âge de 1 an, l'enfant présente une très petite gibbosité dorsale. Elle est diagnostiquée dès son apparition et on conseille alors de maintenir le malade immobile sur une planche, dans le décubitus dorsal; *on ne met pas de corset.*

A ce moment l'enfant présente un bon état général; les membres inférieurs ne présentent rien d'anormal.

Pendant 15 mois le malade reste couché sur un plan dur.

Pendant ce temps, *la gibbosité a beaucoup augmenté*, les membres inférieurs se sont atrophiés et légèrement contracturés.

L'état général de l'enfant est moins bon.

Devant cette aggravation les parents abandonnent le traitement; laissent le malade assis et le font marcher en le tenant par les bras.

L'enfant continue à vivre ainsi pendant 5 ans.

La gibbosité a acquis des proportions considérables; elle intéresse douze à quinze vertèbres.

Le malade ne peut allonger complètement les jambes et il lui est impossible de marcher, même en le tenant sous les aisselles.

Pour expliquer cette possibilité qu'a la gibbosité de se produire même si le malade reste couché sur un plan résistant, on ne saurait mieux comparer le mal de Pott qu'à une sorte de fracture de la colonne vertébrale dans laquelle les fragments ont une tendance très marquée au chevauchement.

Il faut éviter le déplacement des fragments et il est aisé de comprendre que le repos seul n'y suffit pas. On n'y pourra réussir d'une manière certaine que par l'ap-

plication d'un plâtre; aussi ne doit-on jamais hésiter à mettre un *corset plâtré*.

Il constitue le traitement le plus efficace et en même temps le plus simple et le plus pratique.

Mais, si la gibbosité existe avant le début du traitement, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, le corset seul n'est plus suffisant non seulement pour corriger la gibbosité, mais même pour l'empêcher d'augmenter.

Pour obtenir ce résultat, il faudrait un appareil très serré qui gênerait le malade en comprimant trop fortement son thorax et, de plus, la saillie que fait le rachis, au niveau de la gibbosité, viendrait appuyer avec force contre le plâtre et il se formerait, à coup sûr, une escharre.

Seule la compression peut réduire la gibbosité progressivement, sans douleur et sans danger.

On ne tente plus, à présent, de redresser les gibbeux par les opérations sanglantes et les tractions énergiques sur le rachis. Ces interventions très délicates faisaient toujours courir de grands risques aux malades et dans plus de la moitié des cas elles avaient des conséquences mortelles.

Il est à remarquer, par ailleurs, qu'en tirant avec force sur la colonne vertébrale, on allonge tous les muscles et les ligaments vertébraux, mais on n'agit pas spécialement au niveau de la gibbosité; aussi est-il plus logique de rechercher le redressement par la *compression directe* sur la saillie rachidienne.

La traction ne joue plus qu'un rôle très secondaire, puisque, pour l'application d'un corset, on se contente de tendre légèrement le malade dans la position debout, sans que ses talons quittent complètement le sol.

Pendant cette faible *tension* et non suspension, on construit l'appareil plâtré: un moyen à col droit, si le mal de Pott siège au-dessous de la sixième vertèbre dorsale, un grand avec entonnoir (1) pour le mal de Pott cervical ou dorsal supérieur et dans tous les cas où le malade présente des phénomènes de paralysie.

Pendant la dessiccation du plâtre, on doit veiller attentivement à la bonne attitude du sujet: station bien verticale, tête droite, épaules symétriques, et pratiquer avec soin le modelage de l'appareil.

Si l'on constate une ensellure très accusée, on la corrige en partie en faisant tirer fortement par un aide le bord inférieur du corset en arrière, pendant que d'une main on appuie sur le ventre du sujet et que de l'autre on presse énergiquement, entre les épaules.

Vingt-quatre heures, *au plus tard*, après la pose du corset, il faut ouvrir une fenêtre au niveau de la gibbosité, car une attente plus longue causerait, le plus souvent, la production d'une escharre.

Dès que l'ouverture est faite, on commence la **compression**.

On s'assure, d'abord, qu'il ne se trouve pas sur la peau

(1) Chez un adulte, avant de faire un corset à grand col, il faut laisser pousser la barbe; sans quoi il se produit par frottement sur le plâtre une irritation très gênante pour le malade.

quelques débris de plâtre ou tout autre corps étranger pouvant, par le frottement, produire des excoriations; puis on enduit l'épiderme d'une épaisse couche de vaseline et l'on place ensuite les carrés d'ouate (1), aussi régulièrement que possible, en augmentant leur nombre à mesure que la gibbosité diminue.

On peut facilement faire avec ce moyen une compression de plus de 2 kilos, amplement suffisante pour obtenir la correction cherchée.

Cette compression sera refaite tous les 8 ou 10 jours, car l'ouate se tasse, et ne presse plus assez fortement sur la gibbosité; de plus, elle s'imprègne de sueur et des sécrétions épidermiques, se durcit, s'infecte et produit alors des escharres. Aussi est-il indispensable de ne jamais se servir deux fois de la même ouate, de nettoyer la peau avec le plus grand soin et de l'enduire de vaseline chaque fois qu'on refait la compression.

Avec ces précautions on n'aura que bien rarement des **escharres**. Si cependant il s'en produit, il ne faut pas suspendre la compression. Il suffira avant de disposer l'ouate, de toucher à la teinture d'iode la petite excoriation et de l'enduire d'une pommade légèrement antiseptique.

La compression doit être changée tous les deux jours au moins pendant la durée de l'*escharre*. Si celle-ci est bien soignée, elle guérira en 8 à 10 jours et *n'entravera pas le traitement*.

(1) Les carrés d'ouate doivent être maintenus avec une bande mouillée de tarlatane gommée. Il ne faut jamais la remplacer par une bande plâtrée, car celle-ci produit rapidement une escharre.

On a essayé pour la compression de remplacer l'ouate par une poire en caoutchouc, de forme spéciale, extensible sur un seul segment, dans laquelle on comprimait, avec une pompe, de l'air, ou même de la glycérine. On pouvait disposer un manomètre entre la pompe et la poire et connaître ainsi la pression exacte exercée sur la gibbosité. En théorie c'était parfait; en pratique ce le fut beaucoup moins. Malgré toutes les précautions, la peau macéra au voisinage du caoutchouc et il se produisit rapidement des escharres. Cette innovation fut vite abandonnée et l'on revint à la *compression ouatée* qui, malgré sa grande simplicité n'en arrive pas moins à réduire des gibbosités énormes déjà âgées de un à deux ans.

Dès que la saillie est effacée, ce qui se produit, suivant les cas, en un ou deux ans, on ne cesse pas aussitôt la compression, car les vertèbres malades sont encore incomplètement soudées et la gibbosité ne manquerait pas de se reproduire.

Il faut rechercher toujours l'*hypercorrection*. (c'est-à-dire qu'à la place de la saillie que faisaient une ou plusieurs vertèbres, on doit avoir une dépression) et attendre que les vertèbres se soient soudées dans cette position.

Le malade conservera l'immobilisation complète deux ans environ. Pendant ce temps, on changera son corset tous les quatre ou cinq mois et on s'assurera à chaque fois s'il n'y a pas d'abcès en formation. Puis à ce moment, s'il n'existe pas de douleur spontanée ou à la pression sur le rachis, si l'état général est bon, le pottique peut généralement commencer à se lever. Mais doit porter encore

deux ou trois ans au minimum un corset en plâtre ou en celluloïd avec une fenêtre dorsale permettant de continuer la compression ouatée aussi longtemps qu'il sera nécessaire; c'est-à-dire *jusqu'à ce que la soudure de la colonne vertébrale soit complète, définitive*. Il est permis de le penser lorsque la pression forte des vertèbres n'éveille plus la moindre douleur et quand la ligne que fait l'épine dorsale n'a pas varié d'un millimètre. Du reste, la *radiographie* est en pareil cas un moyen de contrôle très important qu'il ne faut jamais négliger.

Les deux **complications** les plus fréquentes du mal de Pott sont l'abcès et la paralysie des membres inférieurs.

A propos de l'**abcès**, nous dirons que, non seulement *il ne faut jamais l'ouvrir*, mais qu'on ne doit *pas même chercher systématiquement à le ponctionner*, comme on le fait généralement pour toute collection purulente d'origine tuberculeuse, parce qu'il est situé profondément dans des régions dangereuses où il est difficile de l'atteindre et *surtout* parce qu'on risque l'infection dont les conséquences sont toujours très graves et souvent même mortelles.

On se contente d'y toucher lorsque ses dimensions le rendent très facilement perceptible. Mais on ne doit *jamais le laisser s'ouvrir seul*; aussi dès qu'il menace la peau, faut-il s'empresse de le vider. Après l'évacuation du pus, on injecte dans la poche quelques centimètres cubes d'huile iodoformée, créosotée. L'abcès, bien soigné, doit guérir, et, s'il prolonge la durée du traitement, il ne doit pas cependant, en assombrir beaucoup le pronostic.

Quand les paralysies pottiques ne remontent pas au-delà d'un an, et ne s'accompagnent pas de myélite, elles ne résistent pas au corset plâtré et à la compression ouatée (1).

Généralement on observe une amélioration appréciable dès les premières vingt-quatre heures; quelquefois même dans les dix minutes qui suivent l'application du corset plâtré.

Le plus souvent les mouvements réapparaissent cinq à huit jours après et sont revenus à leur état normal au bout de quatre à six mois.

OBSERVATION XVII

X. Fillette, 10 ans.

Mal de Pott avec gibbosité dorsale dont le début remonte à 8 mois.

Depuis 3 mois *paralysie complète des membres inférieurs*. Sensibilité disparue.

La malade est immobilisée sur un cadre.

Grand corset plâtré et compression ouatée.

Le soir du jour où l'on a mis l'appareil, les mouvements ont commencé à réapparaître.

Quatre mois après, ils étaient tout à fait revenus.

En traitement depuis 12 mois. *Sensibilité et motilité des membres inférieurs normales*.

(1) L'avantage de la compression est encore plus évident dans le cas de paralysie. Nous avons vu des malades qui recouvraient la motilité complète des membres inférieurs, dès que leur compression était renouvelée. Quand elle datait de 7 ou 8 jours, ils trouvaient que leurs jambes redevenaient lourdes.

La gibbosité a beaucoup diminué; elle n'est plus douloureuse à la pression.

Excellent état général.

• OBSERVATION XVIII

X. Garçon, 12 ans.

Mal de Pott avec gibbosité dorsale datant de 10 ans.

Paralysie complète des membres inférieurs remontant à 3 ans.

Immobilisation sur un cadre.

Grand corset plâtré. Compression.

Dix minutes après la pose du corset le malade ébauche quelques mouvements qui augmentent de jour en jour et deviennent normaux au bout de 5 mois.

Le malade est en traitement depuis 9 mois.

Sensibilité et motilité normales.

Etat général très bon.

OBSERVATION XIX

M. D., 28 ans.

Mal de Pott dont le début remonte à 15 ans.

Gibbosité dorsale volumineuse.

Paralysie complète des membres inférieurs datant de 6 mois.

Contractures et trépidation épileptoïde.

Immobilisation sur un cadre.

Grand corset et compression.

En traitement depuis 2 mois.

Sensibilité revenue.

Le malade ébauche quelques mouvements.

La contracture a cédé en partie.

Le mieux s'accroît.

OBSERVATION XX

M. L., 40 ans.

Mal de Pott datant de 2 ans et demi avec gibbosité dorsale et *paralysie des membres inférieurs* remontant à 3 mois.

Immobilisation sur un cadre.

Grand corset et compression.

Environ 15 jours après la pose du corset les *mouvements* commencent à apparaître. Au bout de 5 à 6 mois ils sont *tout à fait normaux*.

Le malade garde le grand corset pendant sept mois, puis on remplace le grand col par un col moyen. Il reste encore pendant 6 mois couché, puis il se lève quelques minutes chaque jour.

Actuellement, le malade est en traitement depuis 16 mois; il marche presque toute la journée, conserve encore un corset plâtré à col moyen.

On continue la compression qu'on change tous les 15 jours.

On a pu voir que les malades dont nous donnons plus haut les observations ont tous été traités par le **grand corset**; c'est qu'en effet, toutes les fois où le mal de Pott s'accompagne de paralysie (1), on doit employer l'appareil à entonnoir, quel que soit le siège du foyer tuber-

(1) Lorsque le mal de Pott s'accompagne de contracture des membres inférieurs avec mouvements spasmodiques douloureux, très pénibles pour le malade, une extension continue les fera ordinairement cesser, sinon on mettra des appareils plâtrés.

culeux; les autres appareils ne donnent pas des résultats aussi parfaits, comme le prouvent les deux observations que nous rapportons ici.

OBSERVATION XXI.

X., 14 ans, Fribourg.

Mal de Pott avec gibbosité dorsale remontant à 7 ans.

Depuis 1 an, paralysie des membres inférieurs.

Le malade était traité chez lui par le repos allongé, sans appareil plâtré.

A son arrivée à Berck *on propose le grand corset; la famille refuse; on met alors un corset à col officier; la paralysie ne cède pas.*

Les parents se décident à accepter le grand corset:

Une demi-heure après son application, le malade fait quelques mouvements.

Le traitement dure depuis 5 mois; *la paralysie est complètement disparue.*

La gibbosité est en voie de disparition.

OBSERVATION XXII

B. R., 17 ans.

Ce malade est atteint du mal de Pott, depuis 3 ans.

La lésion fut diagnostiquée dès le début par le médecin de la famille qui fit mettre un corset en cuir et permit à l'enfant de marcher.

Le malade continue à circuler ainsi pendant deux ans et demi. A ce moment, la gibbosité apparaît. Il n'est cependant pas immobilisé et reste debout jusqu'au jour où il devient *paralysé des membres inférieurs*, c'est-à-dire 4 mois après.

A son arrivée à Berck, il présente donc une paralysie datant de deux mois.

On conseille l'immobilisation absolue sur un cadre et le grand corset plâtré.

La famille refuse le grand col.

On met un appareil à col droit, et on commence la compression ouatée.

Quelques jours après quelques mouvements apparaissent; le mieux persiste pendant un mois, puis les membres inférieurs reviennent inertes à nouveau.

Les parents se décident à accepter le grand corset. Les mouvements reviennent une seconde fois, quelques temps après; leur amplitude augmente de jour en jour et au bout de 5 mois ils sont normaux.

Actuellement, le traitement dure depuis 17 mois.

Les mouvements sont toujours normaux.

La gibbosité est disparue depuis 3 mois.

On a remplacé, depuis 4 mois, le grand col par un col droit.

On continue la compression.

L'état général du malade est très satisfaisant.

De ces quelques notes brièvement rédigées, il ressort que le *mal de Pott*, non seulement n'est plus une maladie incurable, mais doit guérir intégralement si le traitement a été entrepris assez tôt.

OBSERVATION XXIII

M. T., petite fille, 8 ans.

Mal de Pott avec gibbosité au niveau de la dixième vertèbre dorsale.

Le début date de onze mois.

Traitement:

Immobilisation sur un cadre.

Corset à col moyen. Compression ouatée.

La malade est traitée depuis 12 mois.

La gibbosité est complètement disparue.

Aucune douleur à la percussion du rachis.

On continue la compression.

Etat général très bon.

OBSERVATION XXIV

Mlle G., 30 ans.

Mal de Pott, dont le début date de plusieurs années.

Gibbosité très prononcée au niveau de la huitième vertèbre dorsale.

Traitement:

Immobilisation sur un cadre.

Corset à col moyen. Compression ouatée.

Conserve la position couchée pendant deux ans.

Au bout de ce temps, *la gibbosité est totalement disparue.*

On met un corset en celluloïd et on permet à la malade de se mettre debout.

Actuellement: elle se lève depuis 6 mois, et marche une grande partie de la journée.

Elle conserve encore son corset en celluloïd avec lequel on continue la compression.

A la place de la gibbosité il existe une dépression.

La percussion, même forte, en ce point, ne réveille aucune douleur.

OBSERVATION XXV

A. D., jeune fille, 14 ans.

Mal de Pott dorsal, datant de 3 ans.

Gibbosité accentuée.

Traitement:

Immobilisation sur le dos.

Corset à col moyen. Compression ouatée.

Après 20 mois de ce traitement *la gibbosité est effacée*; le rachis n'est plus douloureux à la pression.

L'état général est très satisfaisant.

On met alors un corset en celluloïd et la malade est autorisée à se lever.

Actuellement elle porte son celluloïd depuis 7 mois; elle marche presque toute la journée.

Bien que la ligne de l'épine dorsale n'ait pas du tout varié, on continue encore une compression légère par excès de précaution.

OBSERVATION XXVI

R. J., garçon, 8 ans.

Depuis quelque temps l'enfant présentait une certaine gêne pour respirer et avaler.

Un médecin fit le diagnostic de végétation adénoïdes dont il conseilla le grattage.

Un second médecin appelé à examiner l'enfant, attribua les

troubles que présentait le malade, à l'existence d'un abcès pharyngien d'origine vertébrale et fit partir l'enfant pour Berck.

Le second diagnostic fut confirmé.

On trouva au niveau de la 6^e ou 7^e vertèbre cervicale, une petite gibbosité douloureuse à la pression.

L'enfant fut immobilisé sur un cadre et on lui mit aussitôt un corset plâtré à grand col.

Compression ouatée.

L'abcès a diminué peu à peu sans qu'il fût besoin de le ponctionner.

Actuellement, le début du traitement remonte à 5 mois, l'abcès a disparu.

Le malade n'éprouve plus aucune gêne.

Son état général est bon.

OBSERVATION XXVII

A., jeune homme, 28 ans.

Mal de Pott, datant de 8 mois, avec gibbosité au niveau des 4^e et 5^e dorsales.

Depuis un mois douleurs dans les jambes.

Traitement:

Immobilisation sur un cadre.

Corset avec grand col. Compression.

Peu de temps après les douleurs disparaissent et ne sont jamais revenues.

Le malade est en traitement depuis 28 mois.

Depuis 10 mois il circule avec son corset.

La gibbosité n'existe plus. Le rachis n'est pas douloureux. N'a plus ressenti de douleurs dans les jambes. L'état général est excellent.

Le malade continue à porter le grand corset, sur sa demande, car il se sent mieux soutenu qu'avec le col moyen et en éprouve

plus de bien-être. On fait encore une légère compression qu'on change tous les mois.

OBSERVATION XXVIII

M. G., 7 ans, Alger.

A son arrivée à Berck, présente un mal de Pott dorsal avec gibbosité dont le début remonte à 8 mois. Immobilisée sur un cadre.

Corset avec col moyen. Compression.

On continue ce traitement pendant 12 mois.

A ce moment *la gibbosité est disparue* depuis 4 mois. Le rachis ne présente plus aucune douleur à la percussion. On commence à mettre la malade sur pied.

Elle garde un corset plâtré pendant un an encore.

Durant tout ce temps, on continue la compression. L'enfant se tient debout une partie de la journée.

A cette époque, on enlève le corset plâtré qu'on remplace par un appareil en celluloïd. On continue la compression pendant quelques mois. L'enfant marche toute la journée sans ressentir la moindre fatigue.

Actuellement, *la guérison remonte à plusieurs années*. Le dos est absolument droit, mais on laisse encore le corset de celluloïd.

L'enfant a beaucoup grandi et se développe d'une façon normale.

CONCLUSIONS.

I

Tout coxalgique doit être immobilisé, soit dans un appareil plâtré, soit simplement sur un plan résistant avec extension continue.

Si le malade est docile, très surveillé; s'il n'a pas de douleurs spontanées et s'il ne présente pas d'attitudes vicieuses, on doit préférer l'extension continue simple à l'immobilisation dans le plâtre qui compromet davantage la conservation des mouvements.

Ces moyens peuvent retarder la destruction osseuse mais, dans bien des cas, sont insuffisants à l'empêcher.

Nous croyons que les injections intra-articulaires sont capables de réaliser ce résultat.

Leur technique est simple.

Elles ne sont pas dangereuses.

Elles sont utiles tant que le foyer n'est pas éteint, mais d'autant plus efficaces qu'elles sont faites plus tôt.

Il faut donc toujours les pratiquer, dès que le diagnostic de coxalgie est établi.

La convalescence du coxalgique est longue et nécessite une surveillance très étroite.

II

Dans le mal de Pott l'immobilisation absolue dans une gouttière ou sur un plan résistant est insuffisante à elle seule à redresser la gibbosité.

Dans bien des cas, non seulement elle n'arrête pas son développement, mais, alors même que le malade a été immobilisé avant toute trace de gibbosité, elle ne l'empêche pas de se produire.

Le corset plâtré avec compression ouatée continue prévient la gibbosité, ou la fait disparaître quand elle est assez récente, et cela sans douleur et sans danger.

Par ce même traitement on peut triompher des paralysies pottiques qui ne datent pas de plus d'un an et ne s'accompagnent pas de myélite. Dans ces cas on doit employer le corset à entonnoir.

Vu : Le Président de Thèse,
ALBERT ROBIN.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Paraplégie due à un mal de Pott sans gibbosité. — Congr. de la tub. Paris 1905.
- ALQUIER. — Principales formes cliniques des troubles nerveux dans le mal de Pott sans gibbosité. — Nette iconographie de la Salpêtrière, janv.-fév. 1906.
- AUDRY. — Traitement de la gibbosité pottique par la méthode Calot. — Soc. Chir. London, 1897.
- BARBARIN. — Traitement conservateur dans les tumeurs blanches non suppurées chez l'enfant. — Clin. Paris, 1906.
- BARDWELL. — Results of untreated tuberculous. — New-York, 1907.
- BEHOIT. — Les voies d'abord de l'articulation de la hanche pour les ponctions et les injections. — Clin. Paris, 1907.
- BERBEZ. — Mal de Pott. — Soc. méd. des hôp. de Paris. — Déc. 1881.
- BERGMANN. — Du mal de Pott sous occipital. — Leg. clin. 1897.
- BERGUGNAT. — La guérison de la coxalgie. — Résultat que l'on peut obtenir par le traitement dans les diverses périodes de la maladie. Th. Paris, 1900.
- BIDAUX (Mlle). — Etude sur le traitement de la coxalgie. — Th. Paris, 1908.
- BILHAUT. — Le traitement du mal de Pott. — Rev. méd. juin-juillet 1897. — Congr. chir. Paris 1897. — Ann. Soc. belge de chir. 1898. — Congr. chir. oct. 1897. — Ann. chir. et orth., Paris 1898.

- BOIS. — Emploi des inj. iodof. dans le traitement des arthrites tuberc. et en particulier des formes fongueuses. Lyon 1900.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de méd. Tome IX, 1904.
- BOUSQUET. — Mal de Pott dorsal.
- BROCA. — Journ. des Praticiens 1904. Numéro 9 et 10. Traitement de la tubercul. art. Trib. méd. 1905.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de méd. et de thérap. Tome IX, 1902.
- CALOT. — Pronostic de la coxalgie et du mal de Pott à Berck. Journal des Prat. avril 1896. — Sur les moyens de corriger la bosse du mal de Pott et de la prévenir, Acad. de méd. sept. 1896.; Gaz. des hôp. déc. 1896. — Traitement de la coxalgie, Paris 1895. — Traitement du mal de Pott, Congr. chir. Paris 1899. Rev. de chirurg. Paris 1897. — Arch. provinc. VI, 557. — Ass. franç. chirurg. et orthop. Paris 1897. — Technique du traitement de la coxalgie, Orthopédie indispensable, 1^{re}, 2^e et 3^e éd.
- CLARCK-JAKSON. — Treatment of spinal caries. Lancet. London, 1900.
- COUSIN. — Etiologie et pathol. des névralgies. Th. Lyon 1898.
- DITMANN, V. — Treatment of Pott's disease by Calot's method.
- DONNEZAN. — Mal de Pott à forme scoliotique, 1907.
- DUOROQUET. — Traitement du mal de Pott. Th. Paris, 1898. — Congr. internat. de med. Paris 1900.
- DUPLAY et CAZIN. — Traitement des osteo-arthrites tuberc. par les inject. intra-articul. Congr. de Moscou, 1897.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- FOUCHOU. — Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiogr. Th. Paris, 1906.
- GAYET. — La gibbosité dans le mal de Pott. Th. Lyon, 1897.
- GANGOLPHE. — Arthrites tuberculeuses. Traité de chirurg. Le Dentu et Delbet.

- GEINKING. — Sur le traitement de la gibbosité du mal de Pott par la méthode Calot, mars 1897.
- GIBNEY. — Un diagnostic précoce est le meilleur traitement du mal de Pott. *Rev. med.* 17 oct. 1891.
- GROGNOT. — Contribution à l'étude des troubles nerveux du mal de Pott. *Th. Paris*, 1897.
- GUILLAUME. L. — Traitement de la coxalgie. *Méd. pratique*, Paris 1907.
- GUYOT. — Immobilisation dans le mal de Pott chez les enfants. *Th. Bordeaux* 1899.
- HAYEM. — *Index medicus*. — Collation de faits sans gibbosité.
- HOFFA. — La méthode de Calot. — *Arch. klin. chir.* Berlin, 1898.
- IMBERDIS. — Symptômes du mal de Pott au début. *Th. Paris*, 1886-87.
- KIRMISSON. — *Traité de chirurgie* (Duplay et Reclus). — Précis de chirurgie infantile 1906. — De l'importance de la radiographie comme signe clinique dans le mal de Pott, *Presse méd.* oct. 1901. — Difformités acquises de l'appareil locomoteur.
- LANNELONGUE. — Leçons sur la tuberculose vertébrale, 1885, *Clin. chirg.* 1905. — Traitement de la coxo-tuberculose à la phase de début. — *Bull. acad. méd. Paris*, 1907. — Coxo-tuberculose, *Leç. à la faculté*.
- LATOUR. — Traitement de la coxalgie par les injections intra-articulaires précoces, *Th. Paris*, 1909.
- LEJARS. — Leçons de chirurgie, Paris, 1895.
- MARCOU. — Traitement de la coxalgie. — *Rev. méd. int. et chir.*, Paris, 1908.
- MARLIER. — *Revue d'orthopédie*, 1893.
- MÉNARD. — Notes sur les altérations vertébrales dans le mal de Pott. — *Rev. d'orth.* 1899. — Etude pratique sur le mal de Pott, 1900. — Etude sur la coxalgie.
- MENCIÈRE. — Sur le traitement des tuberculoses artic. *Gaz. méd.* fév.-mars 1903.

- MERLIN. — Du pseudo mal de Pott hystérique. Th. Paris, 1889.
- MOUSSAUD. — Mal de Pott sans signe rachidien, chez l'adulte. Th. Paris, 1905.
- PEYTON. — Tubercular joint and their treatment, Chicago.
- PHOCAS. — Revue d'orthopédie, 1893. — Lec. clin. de chirurg. orth. 1895.
- PITRES et VAILLAND. — Névrites. — Traité Brouardel et Gilbert.
- PUNIROSE. — The treatment of tuberculous arthritis, 1908.
- PUJOL. — Sur la technique des injections médicamenteuses dans l'articulation de la hanche. Toulouse méd. 1908.
- RAYMOND et ALGUIER. — Mal de Pott sans gibbosité avec troubles nerveux. Congr. tub. Paris, 1905.
- REDARD. — Traité pratique de chirurgie orthopédique, 1892. — Traité des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections péri et intra-articulaires, Gaz. hôp., Paris, 1898.
- ROUSSET. — Troubles nerveux précoces du mal de Pott sous-occipital, Th Paris, 1909.
- ROZOY. — Du redressement de la gibbosité dans le mal de Pott. Th. Paris, 1901.
- SCHANDS. — The advantages of the plaster of Paris corset in the treatment of Pott's disease. Nort. med. rev. 1907. - VI. 275.
- SIGNEZ. — Accidents nerveux du mal de Pott, 1879.
- SIREDEY. — Diagnostic du mal de Pott chez l'adulte, J. des Prat., 1902.
- SOUBBOTINE. — Redressement de la gibbosité pottique d'après Calot, Analys. in méd. inf. 11 avril 1898.
- STERN. — The conservative treatment of tubercular arthritis in the children, 1907.
- TAYLOR. — The treatment of tuberculous joint diseases. New-York, 1907.
- TOUBERT. — Bullet. société chirurg. oct. 1902.
- VERGER. — Paralysies pottiques sans altération de la moelle. Progrès méd. 27 janvier 1900.
- VILLEMEN. — Traitement de la coxalgie. Bullet. méd. 1908.

